

# Estudio esofagogastroscópico en perros de la clínica con patología digestiva y sin ella.

En el presente estudio los autores relatan los resultados de la exploración esofagogastroscópica realizada a cien animales. El 56% de los animales objeto de este trabajo manifestó algún proceso patológico esofagogástrico asintomático.

Palabras clave: Esofagogastroscoopia canina; Esofagitis; Gastritis.  
AVEPA, vol. 22, nº 3, 2002

MB. Chacón, J. Usón Casaus, EM. Pérez,  
MA. Vives, J. Jiménez

Facultad de Veterinaria.  
Cátedra de Cirugía  
Cáceres

O

## INTRODUCCIÓN.

Los procesos patológicos esofagogástricos que pueden afectar a nuestros animales de compañía son muchos y muy variados, destacando entre todos las esofagitis, gastritis, cuerpos extraños, hernias de hiato, etc.

Estas enfermedades pueden manifestarse sintomatológicamente de forma evidente, o por el contrario pueden permanecer silentes y no causar ningún tipo de síntoma. También pueden enmascarse por otro tipo de afección que cause un mayor daño en el animal, por ejemplo, una gastritis por antiinflamatorios no esteroideos, puede pasar inadvertida ante un problema traumatológico importante.

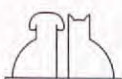
Por este motivo decidimos realizar un estudio clínico estadístico esofagogastroscópico en animales de la especie canina con cualquier tipo de proceso patológico, teniendo el propósito de observar qué porcentaje de ellos presentaba una enfermedad digestiva que no causaba manifestaciones clínicas.

Una vez planteado este objetivo, tuvimos que decidir la manera de realizarlo y para ello pensamos que el mejor método para llevarlo a cabo era efectuar una esofagogastroscoopia en aquellos animales que iban a ser intervenidos de cualquier afección (aunque la misma no tuviera nada que ver con el aparato digestivo).

Nos decidimos por este medio diagnóstico ya que el mismo nos ofrecía una serie de ventajas, como:

- No era necesario realizar una intervención en el animal, pues la endoscopia es una técnica de mínima agresión y no necesita de abordajes quirúrgicos, por lo que, *a priori*, no causa daño al paciente.
- No era necesario alargar la anestesia para realizar la endoscopia, pues la efectuamos dentro del mismo tiempo quirúrgico en el que hacemos la intervención necesaria para cada animal.
- El dueño no ponía ningún tipo de objeción a que se realizara dicha prueba, pues la misma no modificaba para nada la salud de su animal, sino que, por el contrario, podía aportar datos para mejorarla.

Con este planteamiento, queríamos dar respuesta a algunas preguntas que, en su momento, nos planteamos, como por ejemplo: ¿Es interesante disponer de un endoscopio en una clínica? ¿Si realizáramos más endoscopias sistemáticamente, encontraríamos más patologías?





## MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de nuestro trabajo utilizamos un total de cien animales de la especie canina, que fueron intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general.

Como es lógico, cada animal tenía un historial clínico previo que fue utilizado para nuestro estudio y donde se consignaban anamnesis, exploración, diagnóstico, etc.

La totalidad de los pacientes se sometieron a anestesia general, siguiendo los protocolos más habituales, con hasta siete variantes distintas aplicadas en función de las características del paciente y del tipo de intervención que se le realizó.

El cóctel preanestésico estaba compuesto, en todos los casos, de acepromacina (Calmo Neosan®) a dosis de 0,02 a 0,05 mg/kg., sulfato de atropina (Atropina Braun®) a 0,04 mg/kg. y buprenorfina (Buprex®) a 10 microgramos/kg., inyectándose por vía intramuscular en la zona del muslo.

Posteriormente, y dependiendo del tipo de anestesia que apliquemos a cada animal, expondremos al mismo a distintos tipos de drogas anestésicas: halotano, isofluorano, tiopental sódico y propofol.

Una vez anestesiado el animal se comienza a realizar la intervención y aproximadamente unos cinco o diez minutos antes de que ésta termine se realiza la exploración endoscópica ordenada, manteniendo al animal en la misma posición, y con la misma profundidad anestésica.

Para ello, se utilizó una torre de videoesndoscopia Olympus TCV1, o un fibroendoscopio Olympus CLE-10, que tenía adaptada una cámara de vídeo, la cual nos permitía ver la imagen en el monitor.

Todos los hallazgos encontrados fueron registrados en cintas de vídeo, además de ser consignados en la ficha clínica individual de cada paciente.

La exploración endoscópica se realizó en dos pasos: primero el esófago y más tarde el estómago.

Es importante tener en cuenta que la descripción de la técnica está hecha para cuando el animal se encuentre colocado en decúbito lateral izquierdo, y las direcciones en las que habrá que mover el aparato no serán las mismas que abajo se indican cuando el animal esté colocado en cualquiera de los otros tres decúbitos.

Llegado ese momento, colocamos un abre-bocas como medida de seguridad y seguidamente, situamos el extremo distal del endoscopio, en la boca del animal y sobre la base de la lengua.

De esta manera nos situamos frente a la epiglotis. Haciendo una pequeña presión sobre la misma con el aparato, a la vez que lo dirigimos hacia abajo, pasaremos a situarnos directamente sobre la laringe.

Pasada ésta por su cara dorsal, y situados en la faringe, llegamos al infundíbulo, que, se manifiesta como una confluencia de pliegues de la mucosa. Esta imagen puede observarse en la Fig. 1.

Tras pasar el infundíbulo, ante nosotros se sitúa el esófago cervical, por el que avanza el endoscopio sin dificultad hasta llegar al estrechamiento torácico, que corresponde a la entrada del esófago en el tórax. En todo ese trayecto se aprecia lateralmente una impronta semicilíndrica que corresponde a la tráquea (Fig. 2), la cual nos servirá para la localización de las distintas imágenes endoscópicas. Tomaremos como referencia la tráquea y la situaremos en posición ventral.

Pasado el estrechamiento medioesofágico, veremos el esófago como un tubo redondo que acaba en una confluencia de pliegues (cardias), para desembocar, por medio de éste, al estómago.

La penetración del endoscopio en el estómago se logra con una ligera presión del aparato sobre el cardias, buscando que la extremidad distal del endoscopio flexione los pliegues que conforman la entrada al estómago.

Una vez llegado este momento debemos dilatar la cavidad gástrica y esperar a obtener una insuflación suficiente para podernos orientar en dirección caudal.

Así, aparecerá el estómago como una cavidad redondeada provista de unos pliegues algo aplanados por la insuflación, que confluyen todos ellos hacia el antro pilórico. Distinguimos la curvatura mayor, porque en ella están situados los jugos gástricos mezclados con bilis procedente del duodeno.

Este líquido verdoso, al que llamamos lago mucoso gástrico, nos delimita la curvatura mayor del cuerpo gástrico. Frente a ella estará la curvatura menor, que por efecto de la insuflación, separa claramente sus ramas horizontal o ventral de la descendente o del cuerpo gástrico, en una zona bien delimitada, que recibe el nombre de incisura angular.